



Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé

Marc Fleurbaey

► To cite this version:

Marc Fleurbaey. Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, 2007, 55, pp.39-46. <hal-00246333>

HAL Id: hal-00246333

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00246333>

Submitted on 7 Feb 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé*

Marc Fleurbaey

CNRS-CERSES, Paris

marc.fleurbaey@univ-paris5.fr

Résumé

Cet article suggère de replacer l'analyse des inégalités sociales de santé dans le cadre de l'analyse des inégalités de niveau de vie en général. Pour ce faire, il est proposé d'utiliser un indicateur, le revenu équivalent-santé, qui tient compte de l'importance que les individus accordent à la santé par rapport à d'autres dimensions du niveau de vie. Il est montré que le critère qui consiste à évaluer une situation sociale par la distribution des revenus équivalents-santé, en donnant la priorité aux plus défavorisés dans cette distribution, est le seul critère répondant à certaines conditions simples d'efficacité et d'équité. Cette approche est comparée aux approches empiriques voisines (analyse coût-bénéfice, courbe de concentration de la santé). Il est montré en particulier que la corrélation entre revenu et santé (ou entre statut socio-économique et santé), qui concentre souvent l'attention en épidémiologie sociale, aggrave la distribution des revenus équivalents-santé mais n'est qu'un élément parmi d'autres des inégalités de niveau de vie. En particulier, l'amélioration de la situation des plus défavorisés en matière de revenu équivalent-santé devrait primer sur la réduction de la corrélation revenu-santé, qui n'est pas un objectif défendable pour des politiques sociales de santé.

Mots-clefs : inégalités sociales de santé, niveau de vie, revenu équivalent-santé, consentement à payer, analyse coût-bénéfice, courbe de concentration.

* Cet article a bénéficié des commentaires d'un rapporteur, ainsi que des réactions de l'auditoire au congrès de l'ADELF, Toulouse (2006).

Abstract

This paper argues that the analysis of social inequalities in health should be part of the general analysis of inequalities in living standards. An index of living standard is proposed, namely, the healthy-equivalent income, which takes account of individual preferences about the relative importance of health among other dimensions. As it is shown, the criterion which evaluates social situations by looking at the distribution of healthy-equivalent incomes, giving priority to the worst-off in this distribution, is the only one that satisfies basic conditions of efficiency and equity. This approach is compared to related empirical approaches (cost-benefit analysis, health concentration curve). It is argued that the correlation between health and income (or socio-economic status) does deteriorate the distribution of healthy-equivalent incomes, but does not deserve the excessive amount of attention devoted to it in social epidemiology because it is only a component of inequalities in living standards. More specifically, improving the situation of the worst-off in terms of healthy-equivalent income should be adopted as the objective of health public policies, instead of reducing this correlation, which is not a defensible objective.

Keywords : social inequalities in health, living standard, healthy-equivalent income, willingness to pay, cost-benefit analysis, concentration curve.

Introduction

Les inégalités sociales de santé sont bien documentées, mais entourées d'un questionnement sur leur impact réel en matière de bien-être social. Pour l'économiste, l'hypothèse qu'il serait idéal d'observer une absence de corrélation entre santé et revenu, par exemple –une hypothèse qui sous-tend bien des travaux d'épidémiologie sociale– est une hérésie. Après tout, en effet, la santé est une dimension du bien-être individuel parmi d'autres. Pourquoi vouloir rendre la santé indépendante du revenu, et non pas la consommation d'électricité, les dépenses de loisirs, ou la consommation culturelle ? Ce qu'il faut combattre, pour l'économiste, ce sont les inégalités de bien-être ou de niveau de vie, mais pas les inégalités dans un domaine isolé du reste. En s'attaquant seulement à un domaine isolé, on contribue certes à réduire les inégalités, mais d'une manière inefficace. Prenons un exemple pour illustrer ce point. Imaginons que l'on insiste pour que les pauvres et les riches aient la même consommation de loisirs. On peut y parvenir, ou du moins s'en approcher, en subventionnant la consommation des pauvres et en taxant ou même rationnant celle des riches, par exemple. Cela aide effectivement les pauvres et contribue à réduire les inégalités. Mais d'une bien mauvaise manière, car l'argent des subventions aurait été mieux utilisé si les pauvres avaient pu en décider eux-mêmes l'allocation à leurs besoins les plus urgents. Cet exemple est assez clair, et il suffit de remplacer le mot « consommation de loisirs » par le mot « niveau de santé » pour voir que les inégalités sociales de santé ne sont pas forcément plus choquantes en soi que les inégalités de consommation de loisirs. Ce qui est choquant, ce sont les inégalités de niveau de vie et de bien-être, avec toutes leurs conséquences sur les réalisations humaines dans tous les domaines, dont la santé. Mais la corrélation revenu-santé elle-même est « normale ».

Il y a tout de même des différences importantes entre la consommation de loisirs et le niveau de santé. La consommation de loisirs est liée à des choix d'offre de travail et de divers articles de loisirs (voyages, articles de sport, de culture...), alors que le niveau de santé ne se trouve pas dans les rayons des supermarchés, et est déterminé par des conditions de vie, de logement et de travail, et par des comportements de prévention ou « à risque » qui sont souvent fortement soumis à des contraintes sociales. Les métiers dangereux ou pénibles font rarement l'objet d'un véritable choix, les styles de vie plus ou moins nocifs pour la santé sont souvent basés sur une mauvaise information, ou liés à la gestion d'un stress imposé par une structure sociale inégalitaire. En outre, les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées au fait que le système de soins rend ses services de façon discriminatoire selon le statut social

des patients, et ceci ne peut bien sûr en aucun cas être justifié par la demande différenciée des populations elles-mêmes. Enfin, une mauvaise santé, qu'elle soit due à des facteurs sociaux ou purement biologiques, peut être elle-même cause d'un faible revenu en raison des difficultés de travailler qu'elle provoque, et la corrélation qui en résulte n'est évidemment pas « normale » ; il paraîtrait même, au contraire, plus juste de compenser le désagrément d'une mauvaise santé par un supplément de revenu.

Pour y voir clair dans ces questions délicates, il faudrait disposer d'un outil d'analyse qui ne porte pas seulement sur la corrélation entre revenu (ou statut socio-économique) et santé mais qui permette aussi de relier les inégalités de santé aux inégalités plus globales de niveau de vie. Cet article examine une façon d'avancer dans cette direction. Il s'agit de définir un critère d'évaluation des situations sociales décrites dans leur globalité, en tenant compte de l'importance de la santé aux yeux mêmes de la population concernée. Ce faisant, on peut analyser les inégalités de niveau de vie et la corrélation revenu-santé dans un cadre unifié qui permette de ne pas perdre de vue les enjeux sociaux plus généraux.

Cadre d'analyse

On va se donner ici un cadre analyse relativement simple pour pouvoir formuler les concepts d'une façon accessible. Il y a toujours un inconvénient à simplifier les choses, car on perd ainsi des éléments qui pourraient s'avérer pertinents à un moment ultérieur. Mais c'est ainsi qu'on progresse. Ce qui est proposé ici appelle donc des travaux complémentaires s'inscrivant dans un cadre d'analyse plus riche, plus concret. Certains des prolongements possibles seront évoqués dans ce qui suit.

On a parlé dans l'introduction de niveau de vie et de bien-être. Ce sont des notions différentes, qui renvoient à des conceptions philosophiques divergentes de la justice distributive. Le philosophe John Rawls, par exemple, a défendu la thèse que la justice sociale consiste à distribuer équitablement des *ressources* aux personnes, à charge pour ses personnes d'en tirer tout le bénéfice qu'elles souhaitent en fonction de leur propre vision de la « bonne vie ».¹ C'est donc la notion de niveau de vie, entendue au sens économique, qui apparaît la plus pertinente dans cette perspective. Le bien-être subjectif est, lui, renvoyé à la sphère privée où chaque individu se forge une conception de la vie, des objectifs personnels, qui déterminent comment il tire parti des ressources qui sont à sa disposition.

¹ V. J. Rawls (1971).

Cette conception s'oppose à une autre tradition, issue de la philosophie utilitariste de J. Bentham, qui fait au contraire du bien-être subjectif l'élément principal de l'évaluation des situations individuelles et, partant, des situations sociales. Cette conception trouve aujourd'hui de nombreuses applications dans les enquêtes de satisfaction² qui portent directement sur l'appréciation subjective que les individus portent sur leur vie. Deux types de critiques ont été faites de façon récurrente à ce type d'approche. D'une part, les niveaux de satisfaction exprimés par des personnes différentes sont difficilement comparables quand ils sont liés à des interprétations différentes, selon les sous-cultures, de la notion de satisfaction, et à des appréciations différentes du fait de se déclarer satisfait ou insatisfait selon les conceptions de la vie. On constate ainsi, dans les enquêtes, des différences fortes entre pays, qui ne peuvent s'expliquer que par des facteurs culturels de ce genre. D'autre part, comme l'affirme Rawls, l'approche subjective fait craindre un mélange des genres entre problèmes sociaux et problèmes privés. La satisfaction subjective ne peut être l'objectif central des politiques sociales puisqu'elle dépend en partie de facteurs personnels dont les personnes sont, in fine, responsables.

C'est pourquoi l'approche en termes de ressources et de niveau de vie est retenue ici. Toutefois, elle n'exclut pas de prendre en compte les préférences individuelles pour pondérer les différentes dimensions des ressources. En effet, les ressources comprennent non seulement la richesse économique (qui est elle-même une grandeur composite dont les éléments sont évalués à leur valeur marchande), mais aussi d'autres éléments comme l'accès aux biens collectifs, la qualité de l'environnement physique et social, ou encore... la santé. En effet, quand les individus ne peuvent pas eux-mêmes choisir la répartition des ressources entre ces différentes dimensions (comme on l'a dit, la santé ne s'achète pas dans un magasin), on ne peut pas se référer à une valeur marchande globale, et il faut analyser leur niveau de vie à l'aide de leurs préférences pour respecter l'importance qu'ils accordent aux différentes dimensions. Cela semble se rapprocher de la notion de bien-être, mais il ne s'agit en réalité pas du tout de mesurer des niveaux de satisfaction subjective comme on le fait par exemple dans les enquêtes de satisfaction. Il s'agit seulement de pondérer les différentes composantes du niveau de vie. La grandeur mesurée reste bien une quantité objective. Par exemple, deux individus ayant les mêmes ressources dans toutes les dimensions, et la même façon d'évaluer

² V. par exemple Oswald (1997) pour une présentation synthétique de ces enquêtes et de leurs résultats.

l'importance relative de ces dimensions, auront automatiquement le même niveau de vie selon cette approche, alors qu'ils peuvent avoir des niveaux de satisfaction subjective très inégaux, s'ils ont des niveaux d'ambition différents.

Le niveau de vie en un sens élargi comporte beaucoup de dimensions, et l'on va ici isoler deux ensembles de dimensions principales. D'une part, le revenu ou la consommation, et l'on va supposer que l'on peut ramener cela à une seule dimension monétaire. D'autre part, la santé, qui est, si on la mesure de façon objective, multidimensionnelle. Nous allons garder ici cette multiplicité de dimensions pour la santé.

Le fait que l'on mesure la santé de façon objective n'empêche pas que les personnes puissent avoir des préférences sur différents niveaux de réalisation dans les diverses dimensions de la santé. En outre, elles ont aussi des préférences sur différentes combinaisons possibles de revenu et de santé. Il est habituel de classer la santé très haut dans les priorités de la vie, mais concrètement, on peut tout à fait envisager des arbitrages entre, par exemple, une meilleure audition et une plus grande consommation de loisirs, ou entre une dentition mieux entretenue et une meilleure garde-robe. Au-delà, les personnes ont même des préférences sur des arbitrages entre meilleure mobilité et meilleur revenu, ou guérison d'une maladie chronique et meilleur revenu, même si elles ne peuvent réellement faire des choix découlant de ces préférences.

Nous allons considérer ici que ces préférences ont un rôle essentiel à jouer dans l'évaluation des situations sociales. Une « situation sociale » est définie ici comme la description du revenu et de la santé (dans toutes ses dimensions) de la population. Les préférences individuelles ont un rôle à jouer car sans elles il est impossible d'évaluer la gravité des inégalités de santé. Imaginons une population qui considère que la santé n'a pas d'importance, et supposons que cette opinion soit respectable. Pour une telle population, la seule inégalité qui compte est donc celle du revenu. Au contraire, pour une population qui accorde une grande importance à la santé, on ne pourra plus simplement regarder le revenu.

Précisons que les préférences dont il s'agit sont les préférences que les personnes portent sur leur propre situation et non pas sur la situation sociale en général. En effet, il est tout à fait normal que les gens aient une opinion politique sur la bonne répartition, et il est inévitable que certains individus soient plus égoïstes ou plus généreux à l'égard d'autrui. Les

sentiments antisociaux (racisme, par exemple) sont aussi, malheureusement, très répandus. Mais pour faire une évaluation intéressante d'une situation sociale, nous ne devons pas nous contenter d'« agréger » ces opinions politiques et ces sentiments sociaux de la population. Ces opinions politiques relèvent du débat public, et l'évaluation que nous cherchons à faire ici va alimenter le débat public, voire influencer les opinions de la population, et non pas se substituer au débat lui-même en faisant une synthèse mathématique des opinions. Pour faire l'évaluation dont il est question ici, il est donc utile de tenir compte des préférences des individus sur leur situation personnelle, mais pas du tout utile d'enregistrer leurs opinions politiques.

Equité et efficacité

Le cadre d'analyse étant fixé, il s'agit de construire un critère d'évaluation. Qu'est-ce qu'un critère ? C'est un outil qui permet de comparer différentes situations sociales pour discerner celles qui sont meilleures que d'autres.

Pour sélectionner un critère satisfaisant, il faut se donner des exigences précises.³ On va considérer ici deux conditions. La première est une garantie d'efficacité qui est très répandue en économie du bien-être.

Condition d'efficacité : *Le critère doit respecter les préférences de la population lorsque celles-ci sont unanimes dans la comparaison de deux situations données.*

Autrement dit, si l'on trouve deux situations telles que l'une est préférée par tous, elle doit être jugée meilleure également par le critère. On pourrait rattacher cette condition à une idée de démocratie tout autant que d'efficacité, mais en économie on définit, à la suite de Pareto, une situation inefficace comme une situation où l'on pourrait améliorer le sort de certaines personnes sans nuire à quiconque.⁴ On voit bien le lien direct avec la condition formulée ci-dessus.

³ Ceci s'appuie sur Fleurbaey (2005, 2006), où l'on trouvera une analyse formelle plus précise de ces notions.

⁴ Il arrive parfois que des travaux appliqués définissent l'efficacité en termes de richesse totale (ou de PIB total). C'est regrettable, car s'intéresser à la richesse totale repose sur des conceptions contestables, voire détestables, en matière de justice distributive (puisque cela aboutit à entériner toute augmentation de richesse totale, même si la pauvreté doit pour cela augmenter considérablement). La définition correcte de l'efficacité, par le principe de Pareto, est neutre quant aux jugements sur la répartition.

La seconde condition porte sur l'équité de la situation sociale, en se focalisant sur la répartition. L'idée de base est de donner la priorité à ceux qui sont objectivement les plus défavorisés. Pour la formuler de façon précise, il faut spécifier quel est le degré de priorité accordé aux plus défavorisés, et comment on identifie les plus défavorisés.

Sur le premier point, on peut envisager de donner aux plus défavorisés une priorité absolue, ce qui revient à adopter le critère du maximin (maximiser le revenu de ceux qui ont le plus bas revenu) popularisé par Rawls.⁵ Mais on va rester ici un peu plus flexible sur cette question du degré de priorité. Ce qui est essentiel, c'est de chercher à améliorer le sort des plus défavorisés avant celui des plus favorisés. Ajoutons qu'il ne faut pas confondre priorité aux plus défavorisés et simple réduction des inégalités, laquelle peut entrer en conflit avec la condition d'efficacité. En effet, on peut par exemple réduire les inégalités de revenu, et même les supprimer complètement, en ramenant tous les revenus à zéro. Mais la condition d'efficacité interdit une telle opération, et à juste titre, car elle serait nuisible à tous. Si l'on veut donner la priorité aux plus défavorisés, c'est pour améliorer leur sort et non pas le détériorer.

Il reste à identifier les plus défavorisés et cela est plus difficile qu'il n'y paraît. Le principe heuristique consiste à trouver des situations simples où le repérage des plus défavorisés est aisé, pour ensuite étendre l'analyse à toutes les situations possibles en tirant parti des contraintes imposées par l'ensemble des conditions requises. La condition d'équité va donc chercher à identifier les plus défavorisés dans des situations simples. Dans ce domaine l'intuition peut être trompeuse. Considérons deux individus qui ont le même revenu mais une santé inégale. Celui qui a une moins bonne santé est-il défavorisé ? Ce n'est pas forcément le cas, car il est possible qu'il donne à la santé une importance moindre. De même, si l'on considère deux individus ayant la même santé et des revenus inégaux, il est possible, dans le cas où leur santé n'est pas très bonne, que celui qui a le revenu le plus faible soit aussi celui qui donne le moins d'importance à la santé et ne soit donc pas si mal placé que cela. De fait, il a été démontré⁶ que tout critère qui satisfait la condition d'efficacité, c'est-à-dire qui respecte les préférences individuelles, doit parfois juger plus favorisé qu'un autre un individu qui a pourtant une moins bonne santé et un revenu plus faible. Cela vaut d'ailleurs quelle que

⁵ Le maximin est également défendu dans ce contexte particulier, par des arguments axiomatiques qui ne seront pas développés ici, dans Fleurbaey (2005).

⁶ V. Fleurbaey et Trannoy (2003).

soit l'approche (subjective, en termes de bien-être, ou objective, en termes de niveau de vie). Cette configuration se produit quand cet individu souffre moins de ses ennuis de santé car il accorde une moins grande importance à cette dimension : il ne s'agit donc pas vraiment d'un paradoxe.

Considérons à présent deux individus en bonne santé, c'est-à-dire tels que pour chaque dimension de la mesure objective de la santé, leur niveau corresponde au niveau normal. Si leurs revenus sont inégaux, on ne peut plus dire que celui qui a le plus faible revenu souffre éventuellement moins de sa santé, puisque par hypothèse sa santé est bonne. N'est-il pas clair, dans ce cas, qu'il est moins favorisé que l'autre ? Il est certes possible qu'il jouisse davantage de sa bonne santé, mais il paraîtrait étrange, dans une population en bonne santé, de taxer ceux qui accordent plus d'importance à la santé pour verser un supplément de revenu aux autres. Dans les études économiques des inégalités de revenu, qui, en négligeant la dimension santé, concernent implicitement des populations en bonne santé, on n'envisagerait pas de donner un supplément de revenu à ceux qui accordent moins d'importance à la santé. Il est donc raisonnable de définir une condition d'équité en se référant au cas particulier d'une population en bonne santé, pour laquelle le revenu paraît un bon indicateur pour comparer les niveaux de vie.

Condition d'équité : *Pour une population en bonne santé, on doit donner la priorité à ceux qui ont les plus bas revenus.*

On peut critiquer cette condition parce qu'elle néglige le fait que les revenus ne sont pas une manne qui tombe du ciel, mais sont le produit d'activités économiques volontaires. Par exemple, un ménage peut faire le choix de n'avoir qu'un actif pour s'occuper des enfants alors qu'un autre ménage peut avoir deux actifs et payer la garde des enfants. Leur niveau de revenu peut être assez différent mais il n'est pas sûr que cela corresponde à une réelle inégalité. Cette remarque, en réalité, ne remet pas en cause la condition d'équité mais plutôt le cadre simplifié qui a été adopté ici. En ne retenant que le revenu et la santé, on a négligé d'autres dimensions importantes comme le temps de travail, par exemple. On pourrait, dans un cadre élargi à la dimension travail, modifier la condition d'équité en l'appliquant uniquement à des personnes en bonne santé et travaillant à temps plein, par exemple (ou ne travaillant pas du tout, ce qui est une autre référence possible, et plus facile à appliquer aux retraités par exemple). Il est donc possible de raffiner l'analyse dans cette direction. Pour le

moment, nous conserverons l'hypothèse simplificatrice que les inégalités de revenus (pour les personnes en bonne santé) reflètent des inégalités réelles.

Le revenu équivalent-santé

Peut-on trouver des critères d'évaluation des situations sociales qui satisfont les deux conditions ? La réponse est positive, et assez précise car ces deux conditions, lorsqu'elles sont combinées, sont assez contraignantes. Le critère obtenu peut se formuler de la façon suivante, avec là encore un flou volontaire sur le degré de priorité des plus défavorisés.

Critère d'évaluation : *Dans la comparaison de deux situations sociales données, il faut donner la priorité à ceux qui ont le « revenu équivalent-santé » le plus bas.*

Le « revenu équivalent-santé » se définit comme *le niveau de revenu qui donnerait, s'il était combiné à une bonne santé (dans toutes les dimensions de la santé), une situation personnelle équivalente à la situation actuelle de la personne concernée, d'après ses propres préférences*. Par exemple, considérons une personne qui a une maladie chronique légèrement handicapante et un revenu mensuel net de 1400€. Peut-être se satisferait-elle d'un revenu de 1100€ si elle pouvait en échange être débarrassée de ses ennuis de santé. Le montant de 1100€ correspond alors à son revenu équivalent-santé.

Montrons pourquoi les conditions d'efficacité et d'équité nous forcent à adopter ce critère. Prenons une situation sociale quelconque, comportant des individus avec des niveaux de revenu et des conditions de santé variées. Imaginons que l'on puisse, de façon hypothétique, amener tout le monde à une situation de bonne santé, en réduisant le revenu de façon à ce que chacun soit indifférent entre sa situation initiale et cette nouvelle situation. Comme chacun est indifférent, la condition d'efficacité nous force à dire que cette nouvelle situation (hypothétique) est équivalente à la situation réelle. On l'aura compris, dans cette situation hypothétique, le revenu de chacun est égal à son revenu équivalent-santé de la situation initiale. Or, comme tout le monde a maintenant une bonne santé dans cette situation hypothétique, on peut appliquer la condition d'équité et donner la priorité à ceux qui ont les revenus les plus bas. Ce qui implique que dans la situation initiale, il faut donner la priorité à ceux qui ont les revenus équivalents-santé les plus bas, ce qui est bien en effet notre critère.

Comparaison avec l'analyse coût-bénéfice

Une critique qui peut être suscitée par l'évocation du caractère hypothétique de la situation de bonne santé est que le revenu équivalent-santé est difficile, sinon impossible, à observer. En réalité, il n'est ni plus ni moins difficile à observer que les consentements à payer qui sont communément utilisés en analyse coût-bénéfice. Il y a d'ailleurs un lien étroit, mais aussi des différences essentielles, entre l'analyse coût-bénéfice et le critère discuté ici.

L'analyse coût-bénéfice, en matière de santé, se focalise souvent sur l'évaluation de programmes particuliers. Mais on peut aussi envisager de mesurer le consentement à payer pour l'obtention d'une bonne santé. Il y a d'ailleurs des développements récents concernant l'estimation du consentement à payer moyen pour un QALY.⁷ Commençons par préciser le lien entre le calcul du revenu équivalent-santé et le calcul d'un consentement à payer pour la bonne santé. Le revenu équivalent-santé est égal au revenu ordinaire dont on déduit le sacrifice consenti pour obtenir une bonne santé :

$$\text{Revenu équivalent-santé} = \text{revenu ordinaire} - \text{sacrifice consenti pour une bonne santé}.$$

Ce sacrifice consenti n'est pas en général égal au consentement à payer pour recouvrer une bonne santé. En effet, l'amélioration de la santé va souvent de pair avec une augmentation du revenu, liée à la meilleure disponibilité ou productivité de la personne. Pour recouvrer une bonne santé, elle serait donc prête à sacrifier également ce supplément de revenu.⁸ On obtient donc la formule suivante :

$$\begin{aligned}\text{Consentement à payer} &= \text{sacrifice consenti} + \text{revenu supplémentaire} \\ &= \text{revenu de bonne santé} - \text{revenu équivalent-santé}.\end{aligned}$$

Il y a donc un lien étroit entre revenu équivalent-santé et consentement à payer pour avoir une bonne santé, mais la différence essentielle est que le revenu équivalent-santé, contrairement au consentement à payer, conserve l'information sur le niveau de vie des personnes et ne s'intéresse pas exclusivement à la variation de leur niveau de vie. Cela est très important si l'on pense à la critique principale qui est habituellement faite à l'analyse coût-bénéfice, et qui est de négliger les problèmes de répartition en additionnant les consentements à payer de personnes riches et pauvres, sans accorder d'attention prioritaire à ces dernières.

⁷ V. par exemple Gyrð-Hansen (2003).

⁸ On fait implicitement l'hypothèse que le travail supplémentaire que la personne ferait éventuellement en ayant une meilleure santé ne lui coûte rien en satisfaction. Sinon, il faudrait déduire, dans le calcul fait ici, le consentement à payer pour un loisir équivalent à la situation initiale.

Certes, certains praticiens de l'analyse coût-bénéfice introduisent des pondérations pour donner plus d'importance aux personnes défavorisées. Mais il est difficile de définir ces pondérations.

Avec le critère qui est proposé ici, ce problème n'apparaît pas car c'est bien des inégalités que l'on s'occupe, en donnant la priorité aux plus défavorisés. On ne s'intéresse pas seulement à la variation équivalente du niveau de vie des personnes correspondant à la résolution de leurs ennuis de santé, comme le fait l'analyse coût-bénéfice, mais à leur niveau de vie absolu, après correction pour problèmes de santé. On va donc automatiquement donner la priorité aux personnes qui cumulent : 1) faible revenu *actuel*, 2) ennuis de santé, 3) insatisfaction forte en raison de préférences qui accordent une grande importance à la santé. Par comparaison, une analyse coût-bénéfice standard donnerait la priorité aux personnes ayant le plus grand consentement à payer, qui seront, en l'absence de pondération spéciale pour les plus défavorisés, celles qui cumulent 1) revenu supplémentaire *de bonne santé* élevé, 2) ennuis de santé, 3) insatisfaction forte.

La différence ne s'arrête pas là, car la somme des consentements à payer n'est utilisée par l'analyse coût-bénéfice que pour des changements réalisables, ce qui fait qu'il ne s'agit pas, dans les calculs effectivement réalisés, des consentements à payer pour recouvrer une bonne santé mais de consentements à payer pour des modifications moins importantes, tandis que le critère du revenu équivalent-santé calcule l'équivalent-santé même pour évaluer des changements mineurs, puisque le critère porte sur l'évolution de la distribution des revenus équivalents-santé.

En résumé, la différence essentielle est que l'analyse coût-bénéfice compare les situations sociales en fonction des consentements à payer de la population pour passer d'une situation à l'autre, alors que le critère proposé ici compare les situations sociales en fonction de la distribution des revenus équivalents-santé dans ces situations.

Questions d'application

La définition du revenu équivalent-santé n'est pas évidente si l'on passe du cadre d'analyse simple adopté plus haut à une situation concrète où les individus vivent plusieurs périodes et où leur situation personnelle se caractérise non seulement par des réalisations instantanées mais aussi par des perspectives incertaines sur le futur. On peut alors envisager diverses

façons de définir concrètement le revenu équivalent-santé. Ce peut être, dans une perspective de cycle de vie limitée au futur, le revenu constant et certain qui suffirait pour le reste de la vie si la santé était bonne (et certaine) jusqu'à un âge de décès fixé (par exemple, 85 ans). Mais on peut aussi envisager une extension rétrospective de cette idée au passé, et définir le revenu équivalent-santé comme le revenu constant et certain qui aurait suffi et suffirait sur l'ensemble de la vie si la santé était bonne (et certaine) jusqu'au décès. On voit qu'en éliminant l'incertitude dans le scénario de bonne santé envisagé, on tient compte des risques de morbidité comme s'il s'agissait d'un aspect de la morbidité elle-même, ce qui paraît assez justifié.

Une variante de courte période est tout à fait concevable également. Ainsi on peut s'intéresser au revenu qui aurait suffi sur l'année écoulée, si les ennuis de santé subis au cours de cette année n'avaient pas eu lieu. On voit ainsi que le concept est assez flexible et peut être appliqué avec des horizons variables.

Ce qui paraît plus délicat est la collecte empirique des données nécessaires au calcul du revenu équivalent-santé. L'approche la plus naturelle consiste à emprunter à l'analyse coût-bénéfice sa méthode d'estimation des consentements à payer par questionnaires directs d'évaluation contingente. Ce sont toutefois des questions auxquelles il est difficile de répondre, et il faut donc s'entourer de précautions pour obtenir des données fiables. En outre, sur des questions qui ne correspondent pas à des choix faits de façon fréquente (les individus font des arbitrages entre revenu et santé, mais de façon épisodique et à propos de soins de santé spécifiques), les préférences sont souvent mal définies dans l'esprit des personnes concernées. Le questionnaire doit donc accompagner un processus de réflexion et non pas seulement récolter fidèlement une information déjà disponible. Mais il n'y a là rien de très différent de la plupart des études d'évaluation contingente concernant par exemple l'estimation de consentement à payer pour certains biens publics.

Par ailleurs, les préférences immédiates des individus ne sont pas forcément celles qui produisent la meilleure évaluation sociale. Par exemple, si les personnes défavorisées, qui adoptent des comportements à risque (alcool, tabac, obésité) le font en relation à une faible estime de soi et à un rapport au corps emprunt de conditionnement social négatif, il est possible (mais certes pas inéluctable) qu'elles expriment une faible valorisation de la santé, alors que de telles préférences ne reflètent pas de véritables choix de vie, mais résultent de

souffrances et de mécanismes psychosociologiques indésirables. Un travail de repérage des influences des caractéristiques sociales des personnes sur leurs préférences exprimées peut néanmoins être fait à partir d'enquêtes et devrait permettre dans une certaine mesure de faire le tri entre certains déterminants des préférences.

Dans certains contextes particuliers, les données nécessaires à l'application du critère du revenu équivalent-santé sont en fait beaucoup plus réduites que la mesure de cette grandeur pour chaque individu. Ainsi Fleurbaey (2005) montre, dans un cas particulier, que le calcul de la part optimale des dépenses de santé dans la richesse globale peut parfois se calculer à partir de données très simples sur les dépenses effectives des individus. Il faut donc veiller à distinguer la définition générale du concept de revenu équivalent-santé de la détermination des données nécessaires à son application dans tel ou tel contexte particulier.

Les inégalités sociales de santé

Il nous reste à voir comment le critère du revenu équivalent-santé permet d'aborder les inégalités de santé, et plus spécialement les inégalités sociales de santé. Si l'on fixe une distribution de revenus et que l'on peut modifier le niveau de santé des individus, on observera qu'une corrélation positive entre santé et revenu aggrave les inégalités de revenu équivalent-santé, alors qu'une corrélation négative les réduirait. On peut donc essayer de mesurer l'impact de la corrélation revenu-santé sur les inégalités de revenu équivalent-santé et en tirer des enseignements sur les conséquences néfastes de cette corrélation positive.

Ne perdons pas de vue cependant que le critère satisfait la condition d'efficacité et entérine donc la remarque faite en introduction contre une condamnation naïve de la corrélation revenu-santé. En effet, si l'on fixe une distribution initiale de revenu avec un niveau de santé identique pour tous, les plus défavorisés auront éventuellement tendance à accepter une détérioration de leur santé pour améliorer leur revenu, alors que les plus privilégiés chercheront à « acheter » un peu plus de santé. Si on laisse faire de tels arbitrages, cela améliore la situation de chacun, et augmente donc le revenu équivalent-santé de tous, ce qui conduira à juger positive l'évolution de la situation sociale qui en résulte, même si elle comporte une corrélation positive entre revenu et santé.

L'étude de la corrélation revenu-santé ne doit donc pas nécessairement être le point focal d'une analyse des inégalités sociales et de la répartition des revenus équivalents-santé. Il

serait en particulier intéressant de se demander si cette répartition est plus ou moins inégale que la répartition des revenus ordinaires. En effet, trois effets se combinent de façon complexe. En premier lieu, la corrélation santé-revenu qui vient d'être évoquée devrait entraîner une aggravation des inégalités lorsqu'elles sont mesurées sur les revenus équivalents-santé. Mais inversement, si le sacrifice qu'un individu consentirait, à niveau de santé donné, pour être en bonne santé est une fonction croissante de son revenu, alors le revenu équivalent-santé des plus riches sera sensiblement plus bas que leur revenu ordinaire, alors que l'écart sera faible pour les plus pauvres, qui ne peuvent pas envisager une forte baisse de leur revenu. Ceci devrait conduire à écraser la distribution des revenus équivalents-santé. Un troisième effet est le brouillage induit par la dispersion aléatoire de la morbidité. Si l'on prend une distribution quelconque et que l'on remplace chaque point (revenu ordinaire) par un autre point (revenu équivalent-santé) décalé de façon aléatoire, cela tend en général à augmenter les inégalités si elles sont faibles et à les réduire si elles sont très fortes.

Dans un cas particulier on peut établir un lien entre ces notions et un outil classique de l'étude des inégalités sociales de santé, à savoir la courbe de concentration de la santé par rapport au revenu.⁹ Il s'agit d'une courbe où en abscisse on représente des parts de population, en classant les populations par ordre croissant de revenu, et en ordonnée on trace les niveaux de santé cumulés. Cette courbe énonce, en somme, que les $x\%$ les plus pauvres en termes de revenu ont un niveau de santé « total » (la somme des niveaux individuels de cette sous-population) égal à y . Une corrélation positive entre santé et revenu se traduit par un ratio y/x croissant avec x : la courbe est alors convexe.

Un autre outil classique de l'analyse des inégalités est la courbe de Lorenz généralisée. Quand on la calcule sur les revenus, elle énonce que les $x\%$ les plus pauvres en termes de revenu ont un revenu total (la somme des revenus de cette sous-population) égal à y .¹⁰ Les inégalités de revenu entraînent la croissance du ratio y/x en fonction de p : cette courbe est également convexe. On voit que la courbe de Lorenz généralisée se calcule comme la courbe de courbe de concentration, en substituant le revenu à la santé pour l'axe des ordonnées.

⁹ V. notamment Wagstaff, Paci et van Doorslaer (1991), Kakwani, Wagstaff et van Doorslaer (1997), et Wagstaff et van Doorslaer (2004). Les fondements éthiques de cette courbe sont discutés dans Bleichrodt et van Doorslaer (2005) et Fleurbaey (2006).

¹⁰ La courbe de Lorenz ordinaire énonce que les $x\%$ les plus pauvres en termes de revenu gagnent $y\%$ du revenu total de toute la population. V. Fleurbaey (1996, ch. 5) pour une introduction à ces notions.

Supposons que le revenu équivalent-santé puisse s'écrire approximativement comme la somme de deux termes, un terme de revenu et un terme de santé, avec une pondération propre à chaque terme, et supposons en outre que les individus ont des préférences semblables, de sorte que ces facteurs de pondération sont à peu près identiques dans la population. Autrement dit, pour chaque individu, on a :

$$\text{Revenu équivalent-santé} = a \text{ revenu} + b \text{ santé},$$

avec des coefficients a et b identiques d'un individu à l'autre.

Alors, si l'on dessine une courbe de Lorenz généralisée des revenus équivalents-santé (les $x\%$ les plus pauvres en termes de revenu équivalent-santé ont un revenu équivalent-santé total égal à y), on peut la décomposer en deux courbes de concentration, une courbe relative au revenu et une courbe relative à la santé.¹¹ En effet le revenu équivalent-santé total égal à y pour les $x\%$ les plus pauvres en termes de revenu équivalent-santé est égal à a fois le total de leur revenu plus b fois le total de leur santé. Cette seconde courbe ressemble à la courbe de concentration utilisée en économie de la santé, à ceci près qu'elle classe les individus par ordre croissant de revenu équivalent-santé et non pas par ordre croissant de revenu comme on le pratique habituellement. Cela a du sens car on met bien ainsi au premier rang les individus qui sont réellement les plus défavorisés. On perd par contre la focalisation sur la corrélation revenu-santé, mais on a vu que cette corrélation n'était pas forcément le point le plus noir de la situation sociale. Ce qu'il faut pointer du doigt, ce sont plutôt les inégalités de revenu équivalent-santé et essayer de les réduire en s'attaquant à la fois aux inégalités sociales et aux problèmes de santé.

En s'intéressant aux inégalités plus globales de niveau de vie, telles qu'elles sont repérées par le revenu équivalent-santé, on relativise la question de la corrélation revenu-santé, mais on abandonne aussi le principe selon lequel la santé est une sphère isolée qui demanderait que l'on réduise les inégalités de santé sans s'inquiéter du reste. On a défendu ci-dessus l'idée qu'une certaine corrélation revenu-santé était normale si elle reflétait les priorités différentes des populations concernées, et que la réduction de cette corrélation risquait d'être une mauvaise manière d'aider les plus défavorisés. Mais dans la pratique il est souvent impossible de pratiquer la bonne redistribution. On sera alors amené à dire que les populations les plus défavorisées étant prioritaires à tout point de vue, elles devraient non

¹¹ Sur la décomposition des courbes de Lorenz en courbes de concentration, V. Kakwani (1980).

seulement être prioritaires pour les politiques de redistribution du revenu, mais également pour les politiques de santé. Si l'on abandonne l'idée que la même santé pour tous est un objectif louable et lui substitue l'idée que c'est un même niveau de vie global pour tous qui fait sens, dans cette perspective il faut faire feu de tout bois. Si la politique de redistribution du revenu est insuffisante et laisse des populations dans le besoin, les politiques de santé doivent apporter un complément de redistribution avec les moyens dont elles disposent. Il faut donc, au niveau des politiques d'ensemble (pas au niveau du cabinet médical, certes), ne pas craindre de soigner les pauvres en priorité, même si cela semble contraire à l'éthique médicale ancestrale.

Conclusion

Cet article a proposé quelques réflexions sur la question de l'équité sociale et en matière de santé, à partir de la discussion d'un critère particulier qui s'impose naturellement si l'on accepte les deux conditions d'efficacité et d'équité qui ont été introduites. Au fond, le message principal que la théorie de l'équité, et l'économie normative en général, apporte au questionnement sur la relation entre équité et santé, est que la sphère de la santé ne doit pas être isolée.¹² La santé étant un bien parmi d'autres qui contribuent à l'épanouissement des personnes, il faut lui donner la place qui lui revient, mais ne pas chercher à lui donner un principe absolu de répartition qui serait par exemple l'égalité, indépendamment des inégalités sociales.

Ainsi, dans les inégalités sociales de santé, il ne faut pas chercher l'iniquité d'une mauvaise répartition de la santé, mais voir tout simplement une conséquence logique des inégalités sociales qui sont, elles, véritablement regrettables. Le critère du revenu équivalent-santé fournit une piste pour apprécier l'impact, sur les inégalités globales de niveau de vie, des inégalités dans les différentes dimensions, dont la santé, en donnant à chaque dimension un poids qui correspond à son importance pour la population concernée.

Références

Bleichrodt H., E. van Doorslaer (2005) "A welfare economics foundation for health inequality measurement" *Health Economics*, à paraître.

¹² Sen (2002) et Broome (2002) défendent également ce point de vue.

Broome J. (2002) "Measuring the burden of disease by aggregating well-being" in Murray C. J. L., J. A. Salomon, C. Mathers, A.D. Lopez, Eds, *Summary Measures of Population Health*, Geneva: World Health Organization.

Fleurbaey M. (1996), *Théories économiques de la justice*, Paris : Economica.

Fleurbaey M. (2005), "Health, wealth and fairness," *Journal of Public Economic Theory* 7: 253-284.

Fleurbaey M. (2006), "Health, equity and social welfare," *Annales d'Economie et de Statistique*, à paraître.

Fleurbaey M., A. Trannoy (2003), "The impossibility of a Paretian Egalitarian", *Social Choice and Welfare* 21: 243-464.

Gyrd-Hansen D. (2003), "Willingness to pay for a Qaly", *Health Economics* 12:1049-60.

Kakwani N.C. (1980) *Income Inequality and Poverty: Methods of Estimation and Policy Applications*, New York: Oxford University Press.

Kakwani N.C., A. Wagstaff, E. van Doorslaer (1997), "Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference," *Journal of Econometrics* 77: 87-103.

Oswald A.J. (1997), "Happiness and Economic Performance," *Economic Journal* 107: 1815-1831.

Rawls J. (1971) *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Sen, A.K. (2002) "Why health equity?" *Health Economics* 11: 659-666.

Wagstaff A., P. Paci, E. van Doorslaer (1991) "On the measurement of inequalities in health" *Social Science and Medicine* 33: 545-557.

Wagstaff A., E. van Doorslaer (2004) "Overall vs. socioeconomic health inequality: A measurement framework and two empirical illustrations" *Health Economics* 13: 297-301.